

**Revista Facultad Nacional
de Salud Pública**

Revista Facultad Nacional de Salud
Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia
Colombia

Ríos M, Alexandra M.; Hernández L., Lina M.

Descripción de procesos migratorios en Almería España y su repercusión en la salud
mental

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 32, núm. 1, 2014, pp. S67-S77

Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12058124007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Descripción de procesos migratorios en Almería-España y su repercusión en la salud mental*

Description of migration processes in Almeria-Spain and its impact on mental health

Alexandra M. Ríos M¹; Lina M. Hernández L².

¹ Licenciada en Psicología, Magister en Migraciones de la Universidad de Granada, España. Estudiante de Doctorado de la Facultad de Antropología Social y Cultural de la Universidad de Granada. España. Correo electrónico: alexriosmar@yahoo.es

² Licenciada en Psicología, Magister en Trabajo Social Marywood University, Scranton Pennsylvania. Estudiante de Doctorado en Psicología Clínica de Union Institute and University, Brattleboro, Vermont. USA. Correo electrónico: lihernan88gmail.com

Recibido: 07 de marzo de 2013. Aprobado: 02 de septiembre de 2014. Publicado: 15 de marzo de 2015

Ríos AM, Hernández L.M. Descripción de procesos migratorios en Almería-España y su repercusión en la salud mental. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 32(supl 1):S67-S77.

Resumen

Objetivo: Conocer la relación entre migración y salud mental, a través del análisis realizado de los determinantes sociales de la salud, que están asociados a la salud mental de los colectivos de inmigrantes que subsisten en situaciones precarias en la provincia de Almería, España. **Metodología:** Investigación etnográfica, -centrada en la observación participante y el análisis del discurso- en la que la recolección de información se realizó en dos etapas: 1) Observación participante, en las diferentes asociaciones de inmigrantes residentes en la provincia; 2) Grupos de discusión con los diferentes colectivos de inmigrantes de Colombia, Ecuador, Guinea Ecuatorial, Marruecos, Nigeria, Rumania y Senegal. **Resultados:** El proceso de migración, que

implica un alto nivel de estrés, agudizado por las situaciones de desigualdad social que enfrentan en la sociedad receptora, repercute en la salud mental de las personas migrantes. Los diferentes colectivos de inmigrantes identifican el género, la raza/etnia, la clase social, el apoyo social y el sistema de salud, como determinantes sociales que deben tenerse en cuenta en el análisis de la salud mental. **Discusión:** La salud mental constituye uno de los elementos a considerar en el análisis de la salud de las poblaciones inmigradas, y un reto para la elaboración de las políticas sociales y de salud pública de este colectivo.

-----**Palabras clave:** Determinantes Sociales, Género, Migraciones, Salud Mental.

Abstract

Objective: Understand the relationship between migration and mental health, through the analysis of the social determinants of health that are associated with the mental health of immigrant groups that subsist in precarious situations in the province of Almería, Spain. **Methodology:** Ethnographic

Research, concentrated on participant observation and discourse analysis, where data collection was conducted in two stages: 1) Participant observation in the different associations of immigrants living in the province; 2) Focus groups with immigrants from the following countries: Colombia, Ecuador,

* Este artículo es el resultado de la investigación, *Migraciones, Género y Salud: Un estudio antropológico de los procesos de salud e integración de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería, España*. Con la colaboración de la Organización No Gubernamental para el Desarrollo Médicos del Mundo. El capítulo de salud mental ha sido dirigido por la Psicóloga Lina M^a Hernández. Magister en Trabajo Social Marywood University, Scranton Pennsylvania. Estado Unidos.

Equatorial Guinea, Morocco, Nigeria, Romania and Senegal. **Results:** The migration process involves a high level of stress that has implications for the mental health of migrants, exacerbated by situations of social inequality within the host society. Different immigrant groups identified gender, race / ethnicity, social class, social support and health system, as social determinants to be taken into account in the analysis

of mental health. **Discussion:** Mental Health is one of the elements to consider when analyzing the health of immigrant populations. The analysis should challenge the development of new social and public health policies within this group.

-----**Keywords:** Social Determinants, Gender, Migration, Mental Health.

Introducción

En la actualidad el fenómeno de las migraciones internacionales ha crecido a una escala sin precedentes [1]. La mayoría de publicaciones científicas desde la biomedicina que vinculan migración y salud, se centran en la enfermedad de las personas migrantes, enfocando el desequilibrio de sus organismos como posible causante de enfermedades transmisibles a la población autóctona del país receptor. Estas enfermedades se asocian, principalmente, con el hecho migratorio y la epidemiología de la enfermedad [2].

La salud mental constituye uno de los elementos a considerar en el análisis de la salud de las poblaciones inmigradas; sin embargo, aunque la investigación sobre la migración en España, lleva dos décadas de evolución, los principales estudios se han llevado a cabo desde las ciencias sociales; se destacan en la sociología investigadores como Antonio Izquierdo [3] que ha dado cuenta de la gestión política de la migración en España, ha aportado a el análisis del modelo de migración y los riesgos de exclusión de la población inmigrada y en su más reciente estudio, da cuenta de dos décadas de la presencia de la población latinoamericana en España (2014). Igualmente Carlota Solé, [4] tiene una amplia trayectoria en el análisis de la modernización y las migraciones, la integración de los inmigrantes en Cataluña y en el análisis de la migración y ciudadanía, así como Sonia Parella [5] quien ha articulado el estudio de las migraciones con el mercado de trabajo y género. Sus investigaciones han dado cuenta de los determinantes sociales en España. Sin embargo, la articulación de estos determinantes sociales y su impacto en la salud de los colectivos inmigrantes es más reciente; al ir evidenciándose por varios estudios empíricos que las personas inmigrantes llegan sanas a los países receptores, pero las condiciones de precariedad en las que se desarrolla su trayectoria migratoria generan posteriores problemas de salud [6].

En España, se ha abordado la relación migración y salud mental desde la hospitalización psiquiátrica, profundizando en la patología psiquiátrica, en relación con el origen de la persona migrante, así como las formas que toman las enfermedades psiquiátricas referenciadas

por los manuales de diagnóstico psiquiátrico, en función de creencias, cultura y sistemas de valores de cada individuo inmigrante, o de su grupo étnico. El estrés, la ansiedad y la depresión son los trastornos más comúnmente referenciados en algunos estudios [7, 8]. La investigación realizada en Cataluña por Joseba Achostegui [7], abrió un enfoque diferente al fenómeno de la salud mental en la población inmigrante, acuñando el término “Síndrome de Ulises”, para dar cuenta del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple; que corresponde más a una sintomatología propia de un proceso de adaptación a la sociedad receptora, que puede generar en psicopatología; de aquí la importancia de un adecuado diagnóstico por parte de los profesionales de la salud mental que atienden a diferentes colectivos de inmigrantes, profundizando en el significado cultural que tiene la enfermedad mental para cada grupo étnico. Un significativo aporte en el análisis de la salud mental de las poblaciones inmigradas, ha sido el concepto de “duelo migratorio”, acuñado por el psiquiatra Nabil Sayed-Beirut [8] con el objetivo de no psicopatologizar un proceso normal de elaboración de duelo, que debe elaborar toda persona inmigrante para su adecuada adaptación a la sociedad receptora.

Entre los aspectos migratorios que suscitan interés, cabe señalar los relacionados con los efectos de la migración en la salud pública, puesto que los migrantes pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación, violencia y explotación, que suelen afectar directamente su salud física y mental. La literatura al respecto diferencia dos figuras jurídicas: refugiados e inmigrantes indocumentados, porque las condiciones de vida y de salud difieren. “Se reconoce que los migrantes en situación precaria son en su mayoría jóvenes, divididos a partes iguales entre los sexos. Sin embargo, tienden a ser cada vez más femenina debido a la alta demanda en los sectores identificados como “femenino” (especialmente las tareas del hogar, la prestación de cuidados, y la prostitución)” [9].

El objetivo principal del estudio, ha sido conocer la relación entre migración y salud mental, a través del análisis realizado de los determinantes sociales de la salud, que están asociados a la salud mental de los colectivos de inmigrantes que subsisten en situaciones precarias en la provincia de Almería, España.

Presentamos los resultados de tres años de trabajo y estudio con las personas migrantes extranjeras en la provincia de Almería, España, describiendo los determinantes sociales que generan desigualdades en salud, mellan su salud mental y dificultan su integración social, impidiendo procesos migratorios satisfactorios. Todo lo anterior, ilustrado a través del trabajo grupal con las diferentes asociaciones de inmigrantes de la provincia de Almería.

Metodología

La investigación cualitativa abre un espacio para el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, al adoptar, para hacerlo, procedimientos de análisis del contenido o de análisis del discurso, que permiten un acercamiento a las formas de comunicación y ayudan a escudriñar la ideología oculta tras el lenguaje [10].

La teoría de los determinantes sociales generadores de las desigualdades en salud, que ha constituido el marco teórico para esta investigación, constituye una de las teorías más complejas al articular diversos aspectos de los estilos de vida y las circunstancias sociales, económicas y globales de las sociedades y su influencia en la salud de los individuos y sus colectividades. Como afirma Breilh (2010):

“El primer paso para poder comprender la salud desde una perspectiva integral es romper con la hegemonía de esas nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional. De lo dicho anteriormente se desprende que los problemas de salud no se reducen apenas a la enfermedad y la prevención como fenómenos individuales. No lo son, en primer lugar porque los hechos que llevan a la gente a enfermar no afectan sólo a una persona (...) sino que operan potencialmente sobre toda una comunidad y, en segundo lugar, porque esos procesos (...) se producen y se extienden en toda la colectividad y, más aun, en toda una sociedad. Al abordar la salud como un problema colectivo se comprende la necesidad de un paradigma interpretativo que haga posible superar la visión lineal y reduccionista de la salud como un efecto mórbido de causa(s) aisladas, y deviene la necesidad de comprender la salud en su complejidad” [11].

Para el análisis propuesto en este estudio retomamos el modelo de los determinantes sociales en salud, planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [12], que nos permite diferenciar entre los determinantes estructurales –posición social, raza, etnia, educación, edad, género y territorio- y los determinantes sociales intermedios que generan desigualdades en salud –estilos de vida, estrés, trabajo, desempleo, apoyo social, alimentación, adicciones, transporte y exclusión social- en un colectivo tan diverso como es la población migrante extranjera participante en esta investigación.

La situación de irregularidad documental –carencia de permiso de residencia y de trabajo- de las personas migrantes dentro de España, dificulta el acceso a servicios de salud, entre ellos la atención psicológica o psiquiátrica, y, como consecuencia de ello, los procesos de adaptación e integración social. En la provincia de Almería, algunas de estas funciones han sido asumidas por las asociaciones de inmigrantes, preocupadas por el bienestar integral de sus miembros, principalmente por su bienestar psicológico.

Este artículo es el resultado de un estudio cualitativo, realizado con diferentes asociaciones de inmigrantes dentro de la provincia, a través de un trabajo continuo, que se inició en 2011 y finalizó en 2013, para cuya realización se planteó un estudio etnográfico, en el cual, se utilizaron técnicas cualitativas como la observación participante y los grupos de discusión.

En los grupos de discusión la temática central fue: *“El proceso migratorio y la salud mental”*. Los grupos de discusión se organizaron con cada una de las asociaciones de inmigrantes participantes.

Los grupos de discusión se llevaron a cabo en los idiomas principales de las poblaciones participantes –árabe, francés, inglés y español-, con la colaboración de los mediadores interculturales de cada asociación. Cada asociación participó en tres sesiones de trabajo de dos horas cada una.

En la primera sesión se informaba a los participantes el objetivo del estudio, la técnica a utilizar y la importancia de su participación; se explicaban las diferentes etapas del proceso migratorio, y los posibles efectos en la salud integral de las personas migrantes, haciendo énfasis en los elementos macro-sociales que dificultan la trayectoria migratoria y pueden afectar la estabilidad emocional de una persona.

En la segunda y tercera sesión, los y las participantes expresaban sus opiniones acerca de sus vivencias del proceso migratorio en su comunidad, daban cuenta de las diferentes etapas de su proceso migratorio, de las dificultades encontradas, así como de los factores facilitadores tanto en los países de origen y de destino, y de la manera como estas situaciones influían en su salud bio-psico-social.

Es importante anotar, que las sesiones grupales con los colectivos africanos se hicieron, en su mayoría, en grupos separados de varones y de mujeres; mientras que en las sesiones con las asociaciones latinoamericanas, participaron ambos géneros en el mismo grupo de discusión. No se contó con la presencia de varones rumanos en el grupo de discusión. Las sesiones de trabajo tuvieron un intervalo de un mes con las asociaciones africanas, teniendo en cuenta la disponibilidad y lugar donde las asociaciones tienen sus sedes de encuentro, aprovechando los domingos como día de descanso y reunión. A diferencia de las asociaciones latinoamericanas

y rumanas, donde las sesiones fueron realizadas durante el mismo mes, sin intervalos de tiempo amplios.

Las grabaciones de todas las sesiones de los grupos de discusión han sido transcritas y categorizadas, para su posterior análisis cualitativo, realizado a través de un procedimiento de codificación y categorización manual, que ha permitido la interpretación y comprensión del material producido en el campo. Este proceso, propio de la etnografía, ha sido un proceso de ida y vuelta entre

el campo y la teoría [13]. Los contenidos de las sesiones se guardaron con un código de identificación al que solo han tenido acceso las investigadoras, y se incorporaron a la investigación, previo consentimiento verbal de quienes participaron en ella. Las personas participantes se presentan con nombre ficticio, país de origen y edad.

Población. Las personas migrantes extranjeras sujetos del estudio conforman un grupo muy heterogéneo como se especifica en la siguiente figura:

Género	Edad	Región Procedencia	Estado civil	Nivel de Estudios	Religión	Tiempo en España	Situación Legal
Femenino 174 mujeres	16 a 26 años: 46 27 a 37 años: 91 Mayores de 38: 37	Rural: 121 Urbana: 53	Solteras: 106 Casadas/ Unión libre: 68	Sin estudios: 23 Primarios: 70 Secundarios: 43 Protestante: 30	Católica: 53 Islámica: 48 Ortodoxa: 43 Protestante: 30	Menor a 3 años: 83 De 3 a 10 años: 91	Sin permiso de residencia y trabajo: 96 Con residencia: 25 Con ambos: 53
Masculino 126 varones	16 a 26 años: 69 27 a 37 años: 47 Mayores de 38: 10	Rural: 59 Urbana: 67	Solteros: 67 Casados/ Unión libre: 52 Otros: 7	Sin estudios: 22 Primarios: 65 Secundarios: 27 Técnicos y Superiores: 12	Católica: 39 Islámica: 72 Protestante: 15	Menor a 3 años: 52 De 3 a 10 años: 74	Sin permiso de residencia y trabajo: 69 Con residencia: 5 Con ambos: 52

Figura 1. Características de la población participante

Entre el grupo femenino, las mujeres rumanas y nigerianas fueron las más jóvenes. En relación a su nivel de estudios, las mujeres latinoamericanas y rumanas presentaron un alto nivel de estudios; dentro el grupo de mujeres de origen africano, las subsaharianas estaban alfabetizadas, mientras las marroquíes, provenientes de zonas rurales, eran analfabetas.

Entre el grupo masculino, los varones más jóvenes pertenecían a África subsahariana, los de mayor edad, latinoamericanos y marroquíes. En cuanto a su nivel educativo, los varones latinoamericanos y rumanos presentaron un alto nivel de estudio, mientras los varones africanos: subsaharianos y marroquíes, presentaron un bajo nivel de estudios.

Existe una diferencia significativa en relación a: el país de origen, género y nivel de estudios; entre los varones africanos el nivel de educación, es mayor que el de las mujeres del mismo origen; ambos géneros tienen competencia idiomática no sólo en su lengua de origen francés o inglés sino también en las lenguas nativas, según el grupo étnico de pertenencia. Los varones y mujeres marroquíes dominan el francés y el árabe, pero se les dificulta el castellano. A diferencia, de los varones

y mujeres de origen colombiano y ecuatoriano, que compartían el mismo nivel de estudios.

El tiempo de permanencia en España, es una categoría importante para todos los colectivos de inmigrantes, debido a que en la actualidad, uno de los medios para obtener un permiso de residencia y de trabajo, es presentar la documentación que acredite que han permanecido de manera continuada por tres años dentro del territorio español; esta documentación, más una oferta de trabajo les posibilita regular su situación de indocumentados/das, a través de un procedimiento denominado arraigo social.

Las mujeres rumanas, son europeas y no tienen ningún límite para residir y trabajar en España; sin embargo un número significativo de personas de origen rumano no encuentran con facilidad empleo, y algunas mujeres se emplean en la industria sexual.

Resultados

Pertenecer a una minoría étnica en España

En España, los trabajos de investigación en salud y grupos sociales minoritarios, están centrados en

población gitana y, desde hace dos décadas, en el proceso migratorio de personas de otras latitudes del mundo llegadas al territorio español. Aunque se han realizado algunos trabajos con población migrante extranjera, “el perfil de población inmigrante que atrae el interés de la investigación biomédica es difuso e indefinido en lo que se refiere a sexo, edad y procedencia, (...) queda representado como un ente abstracto y homogéneo, sin prestar atención a situaciones concretas de las personas o grupos, que a priori parecen compartir entre sí únicamente la característica de protagonizar un desplazamiento geográfico y transnacional” [14].

Género y estrés dentro del proceso migratorio

La premisa común de que “los inmigrantes son fuertes física y psicológicamente”, ha calado tan profundamente que ha invisibilizado el sufrimiento psicológico de las personas migrantes. La literatura científica biomédica describe los posibles problemas de salud mental del colectivo inmigrante pensando en masculino, como en el “Síndrome de Ulises”; una vez más el análisis de género en salud mental es escaso y reduccionista. El género es un factor de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva en todos los grupos de edad y se considera una de las principales causas de discapacidad en las mujeres [16], principalmente en las mujeres con una posición baja en las escalas de ocupación, que tienen bajo control sobre el trabajo doméstico y del trabajo asalariado, más aún, cuando estas mujeres están lejos de su hijos/jas, trabajan como cuidadoras teniendo una doble jornada laboral y doméstica; o incluso, se encuentran en redes de trata y explotación sexual o ejerciendo la prostitución de manera voluntaria

En los diferentes países receptores se presentan patrones heterogéneos del estado de salud de los inmigrantes, principalmente en su salud mental. Villarroel y Artazcoz [17], en un reciente estudio realizado en España, mostraron las diferencias entre el estado de salud de las personas nacidas en España y las personas nacidas en el extranjero. Los diferentes estados de salud dependen de la relación entre el país de nacimiento, las características del proceso de migración, el género y la etnia.

En nuestro estudio, por país de origen, las mujeres senegalesas residentes en la provincia, en su gran mayoría se encuentran casadas y han llegado a España por reagrupación familiar, es decir, como acompañantes del varón que fue el primero en emprender el proceso migratorio. Esta situación se repite con algunas mujeres de origen marroquí. Sin embargo, dentro del grupo femenino existe un importante número de mujeres africanas, latinoamericanas y rumanas que han emprendido por ellas mismas su proceso migratorio. A

excepción de la población rumana, las demás personas se encuentran en situación irregular, al no tener aún su permiso de residencia y trabajo, o haberlo perdido por no tener un puesto de trabajo en España, ya que éstos están vinculados a la situación laboral de la persona inmigrante.

Excepción hecha de la comunidad senegalesa, una característica general de las mujeres migrantes extranjeras participantes en el estudio, es que en su mayoría son solteras, algunas con hijos e hijas en el país de origen. Por razón de su estado civil, la gran mayoría de los varones africanos son solteros, y la mayoría de los varones latinos son casados y con carga familiar en su país de origen.

Las mujeres marroquíes, llegaron a España a través de un programa de contingentes de trabajadores extranjeros, al finalizar la temporada agrícola, el permiso de trabajo caduca y las personas quedan en situación irregular dentro del territorio Español; a pesar de ello la mayoría de las mujeres marroquíes se quedaron en España, con la ilusión de poder conseguir otro trabajo y continuar su trayectoria migratoria.

Las mujeres nigerianas han llegado a España a través de redes de tráfico de inmigrantes, al igual que algunos varones nigerianos y senegaleses, que han pasado varios años en su proyecto migratorio antes de llegar a España. Otras mujeres son víctimas de trata y explotación sexual, sufriendo diferentes situaciones de violencia física y sexual, tal como lo expresa Joy:

“Me cogieron en mi aldea, yo ya no tenía nada allí, un hombre me dijo si quería trabajar en España empacando verduras, y me trajo con más gente en una camioneta, pasamos toda África hasta Marruecos, allí me vendieron a un hombre marroquí, con el estuve un mes, hasta que me montaron a una patera, y cruzamos el mar, hasta llegar a Almería donde me recogió la Cruz roja” (nigeriana, 16 años).

Las personas de origen colombiano y ecuatoriano, participantes del estudio, han llegado a través de redes migratorias familiares y de tráfico de inmigrantes, que desde el país de origen les agencian el visado de turistas a España; pasados los tres meses de vigencia del visado, se quedan en situación de ilegalidad en el país. Así lo relata Carmen:

“A mí me ofrecieron venirme a trabajar de empleada de hogar interna, total en Colombia, yo hacía lo mismo por 10.000 mil pesos al día, en cambio acá por 800 euros el mes, valía la pena el sacrificio de dejar la familia, ellos organizaron todo, yo solo tuve que hacerme el pasaporte y luego llegue a trabajar como una mula” (colombiana, 29 años).

Tanto varones como mujeres migrantes expresaron haber llegado a España motivados por el deseo de mejorar sus condiciones de vida y obtener un empleo en la agricultura, la hostelería, la construcción o el servicio doméstico.

Igualmente, reconociendo la heterogeneidad de los colectivos de inmigrantes dentro de Europa, Bhugra, et

al. [18], afirman que el proceso de migración implica un alto nivel de estrés, lo que puede tener repercusiones para la salud mental de los inmigrantes:

“La migración en sí misma puede ser una experiencia estresante. Sin embargo, no todos los migrantes experimentan o responden a la tensión de la misma manera. Las respuestas individuales se verán influidas por una serie de factores personales, sociales y culturales; estos factores pueden ser fortalecidos por las redes de apoyo social y la congruencia cultural. Existe considerable evidencia que sugiere que algunos grupos de migrantes están en mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales. (...)”

Algunos grupos de inmigrantes presentan factores adicionales que deben ser tenidos en cuenta en la evaluación y gestión de su salud mental; tal es el caso de las mujeres, los menores y adolescentes, las personas inmigrantes mayores, los refugiados y solicitantes de asilo y el colectivo LGTB inmigrante” [18].

Experiencia estresante que se activa constante por el temor a la deportación. Amuedo, Puttitanun y Martínez, [20], estudiaron en EEUU, cómo las medidas que restringen la inmigración repercuten en la salud mental de la población inmigrante indocumentada, alterando sus trayectorias migratorias, puesto que el miedo a la deportación es una constante en sus vidas, que aumenta el estrés propio del proceso migratorio. Elementos que también fue resaltado por los/las participantes de este estudio, así lo expresan Abdul:

“Nosotros lo tenemos más difícil al ser negros todos los policías siempre piden: “papeles, papeles”, a ¿dónde vamos a ir sin papeles?, ¿cómo nos vamos a integrar sin papeles?, ¿quién nos va a contratar sin papeles?” (Senegalés, 25 años).

En la manera de gestionar el proceso y el duelo migratorio, existen diferencias por género. En las mujeres la experiencia de la migración y respuesta a la tensión será diferente a los varones [18]. “La salud mental está constantemente en la encrucijada del malestar y el bienestar de la salud de las mujeres, y está influida por las crisis vitales, pero también en sentido positivo por los éxitos con los que se superan dichas crisis” [16].

“En mi país a mí no me dolía nada, pero todo fue llegar a España, y vivía enferma, me asfixiaba con facilidad, me sentía triste a cada momento, me faltaba el verde de Colombia, todo acá tan desértico, escuchaba la voz de mi madre por teléfono y me entraba la nostalgia, y yo haciéndome la fuerte, hasta que fue el médico que cansado de verme todas las noches en urgencias, me dijo: “usted lo que tiene es depresión, entonces ya entendí que era lo que me pasaba en realidad” (colombiana, 28 años).

Incluso dentro de una misma región de procedencia, entre las mujeres migrantes procedentes de zonas urbanas o rurales de su país de origen se presentan diferencias

significativas en la manera de vivenciar la trayectoria migratoria. Kirchner y Patiño [19], encontraron que en España las mujeres inmigrantes latinoamericanas de origen rural reportaron mayores niveles de sintomatología psicológica que las procedentes de las zonas urbanas; además las inmigrantes superan en sintomatología psicológica a la población femenina autóctona.

A través de los grupos de discusión, las diferentes personas participantes pudieron conocer los elementos comunes del duelo migratorio, que compartían a pesar de la diversidad de sus orígenes, reconociendo sintomatología asociada al proceso de elaboración de duelo y a la adaptación personal que deben realizar para alcanzar los objetivos propuestos. Esto posibilitó que entendieran cuándo un proceso de adaptación correspondía a un proceso normalizado y necesario y cuándo, según la sintomatología presentada, se tornaba psicopatológico. A partir de esta conclusión grupal de los diversos colectivos, se puso en marcha una propuesta de trabajo para contribuir al apoyo del duelo migratorio a través de la evaluación del mismo y al planteamiento de expectativas alcanzables para la persona dentro del contexto de la realidad migratoria, ya que todo esto, en la mayoría de las ocasiones, no depende de la voluntad de la persona migrante, ni de su fortaleza psicológica, sino de las políticas migratorias del país receptor [20].

Las condiciones económicas, sociales, laborales en las que trascurren sus vidas, generan estresores que van minando lentamente su estabilidad emocional. Las personas migrantes extranjeras, deben enfrentar con entereza las situaciones de vulneración de sus derechos y las desigualdades sociales que dificultan la realización de sus proyectos migratorios, agudizando el duelo migratorio [8] y generando dificultades mayores de adaptación [7, 18].

Dentro de este colectivo de personas inmigrantes existe una inmensa heterogeneidad, una gran riqueza cultural, lingüística y de experiencias vitales; pero su condición de inmigrantes indocumentados los homogeniza, pues no hay estilos de vida, ni condiciones de vida propicios para la salud y el bienestar. Se enfrentan a situaciones de vidas estresantes y frustrantes, a cadenas constantes de explotación laboral, económica, afectiva, etc. Viven proyectos migratorios frustrados, estancados por la condición jurídica de irregularidad documental que no les permite ser ciudadanos/nas de pleno derecho.

Los determinantes sociales encontrados

La figura 3, se construyó a través de los grupos de discusión realizados. Representa los cinco grupos de determinantes sociales que generan desigualdades en salud, según la experiencia migratoria de los diferentes colectivos de personas inmigrantes dentro de la provincia.

1. El país de origen y elementos culturales. El hecho de pertenecer a grupos sociales minoritarios, va a influir

en la salud de un colectivo en cuanto estos colectivos sociales no son representados en la misma medida que los colectivos mayoritarios, sino que son excluidos y marginalizados, en función de su raza/etnia, su cultura, su clase social. Los participantes señalaron el factor de pertenencia a otra nacionalidad como un elemento que dificulta la integración social, debido a que sienten que por su condición de inmigrante son discriminados por

las personas autóctonas, y las instituciones públicas y de salud. Así lo expresa Esperanza:

“Antes podíamos movilizarnos por toda España, con la tranquilidad de que si nos enfermábamos, a pesar de ser inmigrantes nos atenderían, pero ahora, con esto de la nueva ley, ya ni de Almería, vamos a poder salir, ya está España, peor que Alemania, que me toco dar a luz a mi hija en una cochera, porque no nos atendían al ser inmigrantes” (guineana, 30 años).

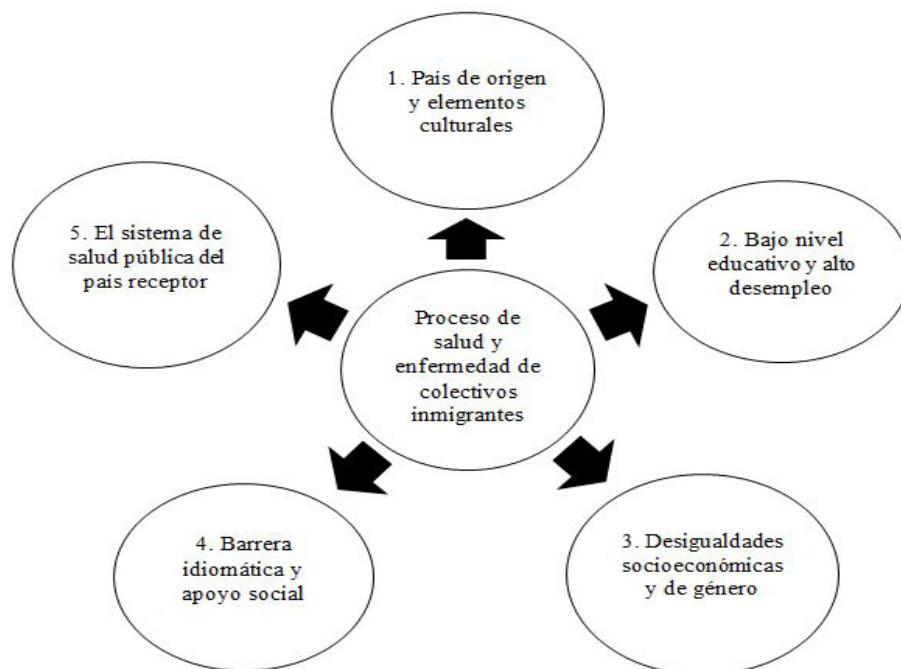


Figura 3. Determinantes sociales destacados por los grupos de discusión.

2. El bajo nivel educativo y el alto desempleo, principalmente en los colectivos de inmigrantes de origen africano, donde se encuentra un menor nivel de educación, como se describió detalladamente en la figura 1. En términos de empleo, las personas inmigrantes en situación precaria, a menudo trabajan en puestos rechazados por los ciudadanos del país receptor. Muchos trabajan en la economía sumergida, donde la explotación es común, debido a su situación de indocumentados, sin alcanzar el salario mínimo que en la actualidad está en 633 euros. Por otra parte, las personas inmigrantes en situación irregular y precaria, tienen miedo de denunciar los abusos y las condiciones laborales inaceptables. Branbant y Raynault afirman que las políticas de inmigración más estrictas son en parte responsables de estas condiciones, porque obligan a estos inmigrantes a trabajar en el mercado negro, en sectores que son aún menos controlados y que favorecen la explotación.

Algunos estudios a nivel internacional y nacional se han dedicado a comprender las relaciones actuales entre la migración, la vida laboral y la salud en los países europeos de destino; concretamente, el estudio de Ronda y otros [21] ha demostrado la existencia de desigualdades en salud entre los trabajadores nacidos en el extranjero y las personas autóctonas. Ronda y otros confirma que en España, entre los trabajadores no manuales, los varones migrantes están más expuestos que los varones autóctonos, a condiciones psicosociales negativas, como son el trabajo por turnos, a muy alta velocidad y condiciones adversas de empleo, tales como el trabajo dominical, la variabilidad del inicio/ fin de la labor, los cambios en el horario de trabajo, constituyendo el grupo con mayor número de disparidades en términos de exposición a condiciones negativas de trabajo. Igualmente, las trabajadoras migrantes femeninas, son más propensas a trabajar en condiciones de

explotación laboral, sin contrato y sin control de sus condiciones laborales, a diferencia de las autóctonas. Se ha evidenciado que, en comparación con la población autóctona, las condiciones de trabajo adversas influyen en el exceso de riesgos laborales, la salud negativa percibida y el estrés psicológico encontrado entre algunos grupos de migrantes extranjeros [9, 21].

3. Desigualdades socioeconómicas y de género, que se reflejan en la situación de pobreza en que viven, además de la exclusión y marginación social. Situación que ellos evidencian principalmente en relación con su situación residencial, las personas africanas –subsaharianas y marroquíes– residen en zonas de asentamientos de inmigrantes, algunas de ellas en barrios deprimidos, que constituyen guetos habitacionales [22], alejados a las zonas urbanas donde se encuentran los centros de salud y los servicios sociales, por lo cual afrontan dificultades de transporte para acudir y dar continuidad a tratamientos de salud. Además destacaron ser rechazados de posibles ofertas de trabajo por su origen, su religión y el uso del velo en las mujeres musulmanas.

Las personas rumanas y latinoamericanas, residen principalmente en la zona urbana, donde el alquiler de una vivienda promedio es de 300 euros mensuales. Las posibilidades de inclusión y movilidad social, son diferentes si se reside en Almería capital, o en los tugurios, entre invernaderos que utilizan los inmigrantes magrebíes, rodeados de pesticidas, sin agua potable, sin energía, sin transporte que facilite el acceso a recursos socio-sanitarios.

Las condiciones de vida de las personas participantes de este estudio son precarias, debido a que la crisis económica que en la actualidad vive España está afectando sus proyectos migratorios. Muchas de las personas han perdido sus puestos de trabajo y sus viviendas; debido a que la crisis inmobiliaria está dejando a muchas familias españolas e inmigrantes sin hogar, algunos de los inmigrantes han retornado a sus países de origen, otros en cambio, en su mayoría de origen africano, no tienen recursos para regresar, por lo que tienen que residir en condiciones de hacinamiento, con otros compatriotas.

Así lo expresaba Ali:

“A veces, pienso que a pesar de la pobreza en mi país, yo tenía mi familia, tenía mis amigos, y no me faltaba que comer, ahora acá no tengo trabajo, no tengo familia, no tengo nada, y ya no sé cómo regresar” (marroquí, 27 años).

Los estilos de vida y las condiciones en las que se vive y trabaja, ejercen un gran impacto sobre la salud. “No es simplemente que las circunstancias de pobreza material sean dañinas para la salud; el significado social de la pobreza, el desempleo, la marginación social, o de otros tipos de estigmas también cuenta” [23]. Según la teoría de los determinantes sociales, para mejorar los estilos de vida de las personas y de las comunidades es

necesario realizar acciones de promoción de la salud que tengan en cuenta la elaboración de políticas públicas saludables, capaces de repercutir en la seguridad, la educación y la vivienda; crear ambientes favorables para la promoción de estilos de vida que integren la actividad física y lúdica, reforzar las acciones comunitarias y reorientar los servicios sanitarios.

4. La barrera idiomática y el apoyo social. La barrera idiomática dificulta el acceso a servicios de salud y sociales. Excepción hecha de las personas de origen latinoamericano y rumano, que aprenden el castellano con facilidad, a los demás colectivos africanos se les dificulta la comunicación con la comunidad autóctona debido a que solo se relacionan con sus compatriotas, y no pueden acceder a clases de castellano, lo que dificulta la relación y el apoyo social de estas personas. La situación de las mujeres inmigrantes es de alta vulnerabilidad, por encontrarse indocumentadas, solas y sin redes sociales de apoyo. Así lo expresa Safira:

“Para nosotras es más difícil, porque muchas hemos dejado a nuestros maridos e hijos en Marruecos, y ahora, a veces muchas tienen que tener sexo con hombres por dinero, y eso es un gran pecado en nuestra religión, entonces sentimos que enloquecemos, por un lado tenemos que sobrevivir y por el otro, si regresamos seremos repudiadas por nuestra familia” (marroquí, 25 años).

El estudio realizado evidenció que las diversas redes sociales que conforman los colectivos de inmigrantes dentro de la provincia, son el soporte emocional de sus miembros, aportando al bienestar de sus compatriotas. En algunos casos donde se ha hecho necesaria la hospitalización psiquiátrica, y debido a la ausencia de un grupo familiar de apoyo, son las personas de las redes sociales, quienes después de dar de alta al paciente, apoyan la adherencia al tratamiento médico/psiquiátrico, y acompañan el proceso de recuperación.

Las asociaciones africanas, en especial las subsaharianas (Senegal, Guinea Ecuatorial y Nigeria) son las que presentan mayor estructura y organización, la figura de los varones mayores que han permanecido mayor tiempo en España y otros países europeos representan autoridad, y son consultados en las diferentes situaciones de estrés migratorio, como lo relata Mamadou, líder de la asociación de Senegal:

“Yo ya he pasado por el duelo migratorio, sé cómo se manifiesta en nuestros jóvenes que llegan recientemente en las pateras, un día uno de ellos empezó agresivo con los demás, yo lo aparte del grupo, lo llevé a mi casa con mi familia, le di comida y lo dejé tranquilo, luego hable con él y le explique que todos pasamos por la misma angustia, cuando dejamos Senegal” (senegalés, 40 años).

Para los africanos musulmanes la religión es también un factor de protección, que los vincula con sus raíces. La mayoría de estas asociaciones enlazan sus actividades

lúdicas, formativas y sociales a actos religiosos. La asociaciones latinoamericanas, igualmente, movilizan importantes recursos para sus miembros, principalmente hacen de mediadores entre instituciones públicas que ofrecen servicios y formación para el empleo, bancos de alimentos y actividades en salud. Estas asociaciones son principalmente lideradas por mujeres latinas con importante trayectoria migratoria dentro de Europa. Sin embargo, los miembros que las conforman suelen ser menos estables. La asociación rumana en la provincia está conformada principalmente por mujeres, su estructura y organización grupal es menos ordenada, su principal función es el soporte emocional de sus compatriotas. Otro apoyo importante, que reconocen las asociaciones de inmigrantes es el proporcionado por ONGs locales e internacionales, que contribuyen a mejorar su bienestar general, aunque sus actuaciones y programas sean puntuales.

La investigadora Gentil [24], señala que la población inmigrante es una población resiliente:

“Ya sabíamos que para enfrentarse al reto de emigrar hay que ser una persona fuerte física y emocionalmente, segura de sí misma. El que se caiga en el “síndrome de Ulises”, como bien apunta Achostegui, es por las duras condiciones de vida. Él insiste que el síndrome no debe medicarse porque no es una patología, es la consecuencia de las condiciones de presión extrema mantenida en que viven estas personas que en su lugar de procedencia eran sanas y valiosas. Y que el cuadro remite cuando mejoran las condiciones de vida y entran a formar parte del tejido social. Si son las duras condiciones sociales y económicas las creadoras de mala salud, ¿no deberíamos cuestionarnos, los que nos consideramos profesionales de la salud, si nuestras actuaciones profesionales no deberían dirigirse a las causas generatrices de mala salud, más que a poner cataplasmas terapéuticas que palian los efectos de las desigualdades socioeconómicas medicalizando problemas sociales?” [24].

5. El sistema de salud pública del país receptor; los colectivos que han participado en este estudio destacan el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud español: la reforma en salud en España en el año 2012, - aprobada por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril-, ha supuesto un cambio fundamental en la protección de la salud de las personas migrantes extranjeras no comunitarias, dificultando el acceso a los servicios de salud a quienes no tengan permiso de residencia legal en este país. Sólo en Andalucía, País Vasco, Asturias y Cataluña se les atiende en igualdad de condiciones que los autóctonos.

“El sistema de salud es uno de los determinantes sociales de salud y, aunque no es el más relevante, no debe desestimarse su potencial contribución a la reducción de las desigualdades sociales. Las características de la atención primaria de salud la hacen idónea para

este objetivo. La igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, la atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud” [25].

La vulneración del derecho a la salud de las y los inmigrantes en situación irregular se extiende por otros países de la Unión Europea como Alemania, Bélgica, Francia, Grecia, Holanda, Reino Unido y Suiza.

La atención en salud mental sigue siendo una tarea pendiente, y las asociaciones de inmigrantes continúan siendo el soporte emocional de las personas inmigrantes en relación con su duelo migratorio y el posterior proceso de adaptación al contexto de acogida. La movilidad dentro de Europa es una estrategia que utilizan los diferentes colectivos de inmigrantes para sortear las dificultades que se les presentan a nivel residencial, laboral, económico y de salud, sin embargo, el panorama a nivel de los diferentes países de la Unión Europea es desalentador para la comunidad migrante extranjera, ya que las barreras de acceso a los recursos de salud son más rígidos y los trámites para acceder a la atención primaria y especializada, complejos.

Discusión

La vinculación entre salud mental y los procesos migratorios no es un tema nuevo, sin embargo es una problemática actual y vigente, tanto desde la salud pública, la psicología y demás en ciencias sociales. Este estudio aporta el análisis de la migración y la salud mental, desde el enfoque de los determinantes sociales, realizado por los colectivos de inmigrantes más representativos de la provincia de Almería, España. Los resultados obtenidos dan cuenta de la importancia del contexto migratorio en la salud mental y social de la población inmigrada. Y aunque los resultados no son generalizables, su análisis permite la comparación con otros estudios realizados a nivel internacional y contribuye de una manera diferente al diagnóstico grupal en salud mental de colectivos en riesgo de exclusión social, lo que contribuye desde un enfoque psicosocial, a una problemática tan compleja como son las migraciones en el contexto español.

La técnica utilizada refuerza la fiabilidad y la riqueza de los datos obtenidos, y contar con mediadores interculturales para la traducción de las temáticas abordadas, fue una riqueza para el estudio. Sin embargo, las dificultades encontradas han sido: alta inversión en el tiempo para la organización de las sesiones grupales, poca disponibilidad de recursos económicos, que contribuyeran a la movilidad de las investigadoras por las diferentes localidades de la provincia.

La salud y el bienestar de los inmigrantes se ven afectados por los aspectos sociales de sus vidas. Las

desigualdades sociales, como la carencia de vivienda propia, la pertenencia a una clase socioeconómica baja, la residencia en zonas rurales con dificultades de transporte, la falta de acceso a servicios de salud, la carencia de trabajo estable, el empleo precario con ingresos bajos y la escasa integración a la comunidad, afectan la salud mental y la calidad de vida de la comunidad inmigrante [7, 8, 13, 18, 22].

El aislamiento, la soledad y la falta de apoyo social, son los principales factores psicosociales que repercuten tanto en la salud mental como física de las personas migrantes extranjeras, en particular de las mujeres [16, 18, 24]. Este estudio destaca una relación significativa entre el género y el bienestar psicológico y la percepción de la salud, en el cual, dentro del proceso migratorio, las mujeres inmigrantes son más vulnerables que los varones inmigrantes [16, 18], coincidiendo con el estudio realizado en Europa, sobre inmigrantes el Reino Unido [26], el cual destaca, también, las condiciones de vida de la población inmigrante y las problemáticas de salud que enfrentan, lo que constituye un reto para el acceso a servicios de salud y sociales.

Debido a la su situación de vulnerabilidad y a los obstáculos culturales de los países receptores [3, 4, 5], los migrantes parecen estar más expuestos a la enfermedad física o mental y a presentar más problemas de salud que el resto de la población [7, 9, 26]. La población inmigrante participante en este estudio, hace parte de los grupos sociales que ocupan una posición inferior dentro de la jerarquía social establecida, en la provincia de Almería, España. Como plantean Wilkinson y Marmot [23], las circunstancias psicológicas y sociales pueden causar un estrés duradero. Los estados de ansiedad prolongada, la inseguridad, la autoestima baja, el aislamiento social y la falta de control sobre el trabajo ejercen efectos impactantes sobre la salud. Largos periodos de ansiedad e inseguridad y la falta de amistades que ofrezcan apoyo son perjudiciales en cualquier aspecto de la vida en que se produzcan. Esos tipos de riesgo psicosocial se van acumulando a lo largo de toda la vida y aumentan las posibilidades de padecer una pobre salud mental y una muerte prematura [7, 18].

Este estudio coincide con el realizado en España por Agudelo y Ronda [27], en el que se destacaron las diferentes desigualdades sociales en salud, influyentes en la vinculación social y en la adecuada integración a la sociedad receptora de la población inmigrante dentro del territorio español; allí se detalló que los participantes informaron de casos de discriminación en su vida y en su comunidad, caracterizados por experiencias de racismo, maltrato y condiciones precarias de trabajo, en comparación con la población de origen español. También identificaron las barreras estructurales políticas y legales relacionadas con las instituciones sociales. Las experiencias de discriminación pueden afectar a su

salud mental y son factores decisivos para el acceso a los servicios de salud. Los/las inmigrantes especialmente vulnerables, deberían ser objeto de intervenciones sociales y de salud. La discriminación puede ser abordada como un factor de riesgo para la salud mental en el entorno laboral de la población inmigrante, especialmente para los inmigrantes con mayor riesgo de exclusión social y marginación [23, 24]. Como sucede con la población participante de este estudio, en España, la discriminación étnica se asocia con trastornos psicológicos en los inmigrantes [7, 25].

La cultura y las creencias en salud son diferentes en cada grupo étnico y en cada miembro que lo forma, cada asociación que ha participado en esta investigación tiene creencias y actitudes diferentes hacia la enfermedad y la salud. Sin embargo, comparten el interés por resolver la problemática que se les plantea en relación a la salud mental de sus miembros, gestionando los recursos que poseen para paliar los efectos de los determinantes sociales que afectan su trayectoria migratoria.

Agradecimientos

Queremos realizar nuestro agradecimiento a las diferentes asociaciones de inmigrantes que participaron en este estudio y al profesor Alberto Restrepo González, por la revisión del presente artículo.

Referencias

- 1 Organización Internacional de la Migración. OIM. Migración internacional, Salud y Derechos Humanos; 2013.
- 2 Burillo-Putze G, Balanzó X. Desmontando tópicos sobre inmigración y salud. *An. Sist. Sanit. Navar* 2010; 33, (2): 127-131.
- 3 Izquierdo A, From favourites to 'non-returning' migrants: two decades of Latin American immigration in Spain. *Rev Canadian Ethnic Studies* 2014. ISSN: 0008-3496.
- 4 Solé C, Sordé T, Serradell O, Alcalde, R., Flecha Sanmamed, A., et al. Cohesión social e inmigración. Aportaciones científicas y discursos políticos. *Revista Internacional de Sociología* 2011; 69 (1), 9-32.
- 5 Parella S, Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación. *Anthropos* 2003 Barcelona.
- 6 Alcántara C, Chen C, Alegría M. Do post-migration perceptions of social mobility matter for Latino immigrant health? *Soc Sci Med*, [revista en Internet], USA, junio, 2014 [Acceso 10 de abril de 2014] 101:(pp:94-106). Disponible en URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613006278>. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.024.
- 7 Achostegui J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental* 2004; n° 21: (pp: 39-52).
- 8 Sayed-Ahmad N. Salud Mental en la Inmigración. Monografía I. Colección Inmigración y Salud. Junta de Andalucía; 2008.
- 9 Brabant Z, Raynault M. Health Situation of Migrants with Precarious Status: Review of the Literature and Implications for

- the Canadian Context—Part A. Social Work in Public Health [revista en Internet], Canadá, junio, 2012 [Acceso 03 de mayo de 2014] 27:(pp:330–344). Disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.1080/19371918.2011.592076>
- 10 Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Especialista en Salud Pública* [revista en Internet] Madrid Oct. 2002 [Acceso 10 de abril 2013] vol.76 n.5. Disponible en: URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000500005>
 - 11 Breilh J. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la Salud. Conferencia en el Seminario “Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde” CEBES, Salvador (Brasil), 2010.
 - 12 Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. 2009
 - 13 Vallés M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2009.
 - 14 Gijón M, Jiménez M, Martínez E. Repertorio Bibliográfico sobre inmigración y salud en España. En G. F. Juárez, La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto Migratorio. Quito. Ecuador: Abya-Yala; 2008. (pp.255-267).
 - 15 Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Extranjeros residentes en España: a 31 de junio de 2013. Observatorio permanente de la inmigración. Gobierno de España 2014.
 - 16 Valls-Llobet, C. Mujeres, Salud y Poder. Ediciones Cátedra. Madrid; 2011.
 - 17 Villaroel, N, Artaco L. Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. *Health Place* 2012; 18(6):1282-91.
 - 18 Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011; 10:2-10.
 - 19 Kirchner T, Patiño C. Latin-American immigrant women and mental health: differences according to their rural or urban origin. *Spain J Psychol* 2011; 14(2):843-50.
 - 20 Amuedo C, Puttitanun T, Martínez A. How do tougher immigration measures affect unauthorized immigrants? *Demography* 2013; 50(3):1067-91.
 - 21 Ronda E, Levecque K, Love J, Felt E, Van Rossem, R. Differences in working conditions and employment arrangements among migrant and non-migrant workers in Europe. *Ethn Health* 2012; 17(6):563-77
 - 22 Checa J. Viviendo juntos-aparte: La segregación especial de los africanos en Almería. Barcelona; Icaria; 2007.
 - 23 Wilkinson R. Marmot M. Los hechos probados. Determinantes sociales en Salud. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo Español. Madrid; 2003
 - 24 Gentil I. Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas. Autoestima y resiliencia. *Index Enferm* 2009; 18(4): 229-233.
 - 25 Hernández-Aguado I, et al. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS. *Gac Sanit.* 2012; doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.036. 26(S) 6-
 - 26 Topal K, Eser E, Sanberk I, Bayliss E, Saatci, E. Challenges in access to health services and its impact on quality of life: a randomised population-based survey within Turkish speaking immigrants in London. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 26;10:11.
 - 27 Agudelo A, Ronda, E. Aproximación epidemiológica al estudio de las condiciones de empleo, trabajo y salud en la población inmigrante Colombiana en España. *BARATARIA. Revista Castellana Manchega de Ciencias Sociales* 2012; 13 :211-224.